

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 87

DE L'OPPORTUNITÉ
DE LA
GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Complémentaire immédiate

DANS LE TRAITEMENT DES
ULCÈRES PERFORÉS DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 22 Décembre 1920

PAR

CLÉMENT AUBAN

Aide-Major

Né à Montauban (Tarn-et-Garonne), le 25 juillet 1891



LYON

ANCIENS ETABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière 14

—
1920

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 87

DE L'OPPORTUNITÉ
DE LA
GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Complémentaire immédiate

DANS LE TRAITEMENT DES
ULCÈRES PERFORÉS DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 22 Décembre 1920



PAR

CLÉMENT AUBAN

Aide-Major

Né à Montauban (Tarn-et-Garonne), le 25 juillet 1894



LYON

ANCIENS ETABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière 14

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	BÉRARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires....	WEILL.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants..	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	LANNOIS.
Chimie biologique.....	ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie.....	NOVÉ-JOSSERAND.
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	LATARJET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD.
Anatomie pathologique.....	DOYON.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND.
Médecine légale.....	PAVIOU
Hygiène.....	VILLARD.
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT (P.).
	PIC
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,
Accouchements.....	COMMANDEUR,
Embryologie.....	HOVELACQUE.
Anatomie topographique.....	PATEL,
Botanique.....	BRETIN.
Urologie.....	GAYET.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	CADE.	COTTE.	CORDIER.
COMMANDEUR.	GUILLEMARD.	DUROUX.	ROUBIER.
NOÏER.	GARIN.	HOVELACQUE.	FAVRE.
BRETIN.	SAVY.	TRILLAT.	MURARD.
LERICHE.	FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE.	GRAVIER, chargé des
TAVERNIER.	PIÉRY.	ROCHAIX.	fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président ; VILLARD, Assesseur ;
MM. PATEL et TAVERNIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PÈRE

DOCTEUR AUBAN

MÉDECIN PRINCIPAL EN RETRAITE

A MA MARRAINE

A MON ONCLE

DOCTEUR FOURNIÉ

MÉDECIN INSPECTEUR DU CADRE DE RÉSERVE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA SŒUR

A MES FRÈRES JOSEPH ET PIERRE

DOCTEURS EN MÉDECINE

A MA TANTE ET MES COUSINES

A MADAME JEANNE LE MOINE

A LA MÉMOIRE DE MON AMI MAURICE CLUZEL

LIEUTENANT D'INFANTERIE COLONIALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TIXIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous fait en acceptant aujourd'hui
la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a suggéré l'idée de cette
thèse, nous sommes heureux de lui ex-
primer l'expression de notre respec-
tueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

*Qui a bien voulu nous aider de ses
conseils éclairés et nous a toujours
accueilli avec la plus grande bien-
veillance.*

A MES JUGES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

La gastro-entérostomie comme opération complémentaire immédiate dans les ulcères perforés fut faite la première fois par Von Eiselberg, en 1895, pour l'estomac et un peu plus tard par Braun pour le duodénum.

Elle fut pratiquée assez couramment ces dernières années surtout depuis 1903.

Préconisée par certains chirurgiens, elle fut regardée par d'autres comme inutile et dangereuse.

A l'étranger, parmi ses principaux artisans Körte la fait systématiquement, qu'il ait à faire à un ulcère perforé du duodénum ou de l'estomac ; c'est d'après lui une opération très recommandable. Noetzel, Short, Paterson sont du même avis, Mitchell et Moynihan ne pratiquent la gastro-entérostomie que dans les cas très précoces. Ders considère cette opération comme un complément nécessaire et idéal dans la perforation de l'ulcère duodénal.

En 1910, Kroïss, élève de Schloffer, prétend avoir trouvé dans la littérature médicale 65 cas d'ulcères perforés ou la gastro-entérostomie fut faite primitivement, il compte 51 guérisons et 14 morts. En 1919, Deaver attribue ses succès opératoires à la pratique de la gastro-entérostomie.

Cependant la pratique de cette opération eut aussi ses détracteurs. Corner et Eliot la rejettent systématiquement. Gibbon en 1909, Le Comte trouvent ce complément opératoire dangereux. Englisch, Peck, French d'après leur propre expérience la considèrent comme inutile.

Au congrès international de chirurgie 1914. Gibson déclare avoir pratiqué la G.E.C., mais il ajoute qu'en aucun cas, il ne reconnaît sa nécessité.

En France, Chapt 1894, Brun 1901, Bousseau 1913, dans leurs thèses préconisent la pratique de cette opération.

Pauchet au congrès de chirurgie 1910 admet son utilité, mais il ne faut la pratiquer que lorsque l'intervention est précoce. Lagoutte en 1912 lui attribue une grosse importance quand le calibre duodéno-pylorique est rétréci.

M. Lecène, en avril 1920, à la Société de chirurgie de Paris, confirme l'opinion qu'il a déjà émise en 1911, à savoir que la G.E. est toujours à recommander.

M. Pierre Duval, en mai 1920, à la même Société au sujet de deux observations de M. Basset, pose et discute la question suivante : De l'opportunité de la gastro-entérostomie complémentaire immédiate

dans les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. C'est au sujet de ce rapport que M. le Professeur agrégé Patel nous suggéra l'idée de cette thèse.

M. Guibé a publié récemment dans la *Gazette des Hôpitaux*, un article très documenté sur la même question. Enfin M. le Docteur Alamartine, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, a fait une communication sur le même sujet à la Société de chirurgie de Lyon ; nous tenons à le remercier d'avoir bien voulu nous faire profiter de ses conseils, en nous communiquant à l'avance le sujet de son rapport.

Nous diviserons notre question en quatre chapitres :

CHAPITRE PREMIER. — Avantages de la gastro-entérostomie et discussion.

CHAPITRE II. — Inconvénients et discussion.

CHAPITRE III. — Indications.

CHAPITRE IV. — Observations.

CHAPITRE PREMIER

Avantages de la gastro-entérostomie. Discussion.

Pourquoi certains chirurgiens jugent-ils la G.E. complémentaire immédiate nécessaire et utile dans les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. Tel sera l'objet de ce chapitre. Nous énumérerons les divers avantages accordés à cette opération par ses partisans et nous les discuterons.

1° La G.E. assure la cicatrisation de la suture en la protégeant contre les risques de déhiscence ;

2° Elle prévient certaines complications secondaires, la perforation d'un nouvel ulcère ou les hémorragies intra-stomacales ;

3° Elle associe en un seul acte opératoire le traitement de la perforation et celui de l'ulcère ;

4° Les statistiques opératoires obtenues avec l'adjonction à la suture de la G.E. sont meilleures que celles obtenues avec la suture simple.

1° La G.E. supprime la tension intra-stomacale, elle crée une voie de dérivation, permettant à l'estomac de se vider dans l'intestin sans avoir à lutter par des contractions énergiques et longues contre le sphincter pylorique ; de ce fait la G.E. soulage la suture, elle empêche les fils mis dans un tissu souvent friable de couper, de se désunir et de réouvrir la perforation. La question est de savoir, si la suture faite, la reperforation peut se produire. Eliot sur 82 cas de suture ne l'a jamais observée. Corner admet que presque toutes les sutures de perforations qui semblent être fermées à la fin de l'opération ne le sont plus au bout de quelques heures, il estime donc que la suture ne sert de rien et il se contente d'isoler la perforation par un simple tamponnement sans faire de G.E., et il guérit ses malades. Cette manière de faire est certainement exagérée ; car on a pu souvent observer des déhiscences de suture. Short attribue à cette origine la mort de deux de ses malades, de même Paterson accuse de la mort de huit de ses opérés l'issue du contenu gastrique à travers les sutures. Nous empruntons au rapport de M. Potherat à la Société de chirurgie une observation de M. Chaton, où ce dernier fut obligé de réintervenir car sa suture duodénale avait échoué.

OBSERVATION I

Société de Chirurgie, 8 juin 1920

Homme de cinquante-cinq ans, retraité. Brusquement, dans la nuit du 4 au 5 octobre 1919, à 1 heure du matin, sans

aucun indice pathologique préalable, en pleine santé, éclate dans le haut du ventre une douleur atroce, amenant de suite un état syncopal et des sueurs profuses, sans vomissements ni nausées.

Dans les jours qui suivent, l'état abdominal s'aggrave, les douleurs se généralisent, le ventre se ballonne, le pouls devient rapide, la température monte à 38°5.

Ce n'est que trois jours après le début que le malade fut présenté à M. Chaton, par son médecin, dans l'état le plus grave : ventre très ballonné, pouls très rapide et très petit, téguments pâles, facies tirés. Une chose frappe, c'est à l'épigastre l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Aussi en l'absence de tout passé gastrique, de l'état de bonne santé habituel, de l'éclatement subit des accidents, de l'absence de matières et de gaz par les voies naturelles, le diagnostic porté fut celui de hernie épigastrique étranglée.

La laparotomie pratiquée sans retard montre bien une épiplocèle adhérente non étranglée d'ailleurs, mais en outre, elle donne lieu à du pus en abondance, mélangé de gaz fétides. Le pus vient à la fois de la face supérieure et de la face inférieure du lobe droit du foie. La cavité purulente asséchée, on voit la 1^{re} portion du duodénum et sur elle une perforation de 3 à 4 centimètres de diamètre, circulaire, avec base indurée.

L'auteur ne dit pas s'il a cautérisé comme Balfour le pourtour de l'orifice, mais il l'a suturé après résection vraisemblable et réduit par un double plan de suture. Le ventre, après nouvelle toilette, est refermé avec un drain laissé qui plonge jusque sous le foie. Pas de gastroentérostomie complémentaire.

Le résultat est d'abord des plus satisfaisants, les phénomènes abdominaux disparaissent rapidement et les fonctions intestinales se rétablissent.

Mais bientôt il n'en va plus de même : l'alimentation même légère provoque de vives douleurs, le drain se met à donner un écoulement purulent et fétide abondant, irritant et ulcérant la peau ; l'écoulement devient plus grand à l'ingestion d'aliments dans l'estomac.

L'opérateur pense que sa suture duodénale a échoué ou bien est imparfaite, et que du chyme passe par elle au dehors.

Le 7 janvier, pour éviter le foyer infecté par le drain,

M. Chaton pratique une laparotomie latérale gauche et fait l'exclusion du pylore par écrasement et suture sur l'antrum pyloro-gastrique suivie de gastro-entérostomie postérieure. Cela donne un très bon résultat ; l'alimentation redevient normale et facile, la suppuration se tarit, la guérison semble obtenue.

Mais voici qu'au bout de 15 jours apparaissent à nouveau de vives douleurs à droite, bientôt suivies d'un nouvel écoulement de pus très abondant.

Une nouvelle laparotomie est pratiquée à droite, cette fois, qui montre qu'il existe une nouvelle poche purulente ; résection autour du foie ; on l'évacue et on draine de nouveau. Cette 3^e intervention amène un retour à la santé rapide, une alimentation normale, des digestions régulières. Après de longs mois passés au lit, le malade se lève et circule.

Il faut donc admettre que la reperforation par déhiscence de la suture est un accident qui n'est pas exceptionnel. Mais cette déhiscence ne sera empêchée que dans les cas où la G.E. créera une voie de dérivation et de décharge pour l'estomac. Or, l'expérience montre que la bouche gastro-jéjunale n'est capable de fonctionner que dans certains cas. Lorsqu'on regarde sur l'écran l'estomac d'un gastro-entérostomisé auquel on vient de faire ingérer un repas opaque, on voit que le liquide ne passe pas du tout d'un seul trait dans l'intestin. Il reste un certain temps dans l'estomac où il subit, comme chez un individu sain, quelques mouvements de brassage puis le liquide est chassé vers le pylore ; arrivé là, s'il trouve le pylore fermé par un ulcère sténosant ou par un spasme réflexe, la bouillie changera de direction et s'engagera par la bouche gastro-jéjunale sans que l'estomac ait besoin de surmon-

ter par des contractions énergiques l'obstacle pylorique. Au contraire si le pylore est perméable, tout le contenu de l'estomac s'engagera dans le duodénum et aucune goutte égarée ne s'échappera par l'orifice anormal qu'on avait ouvert à son intention. Il faut donc admettre que la dérivation se produira si l'ulcère siège au pylore ou dans son voisinage, mais s'il siège sur le corps de l'estomac, il y a peu à compter sur cette action de dérivation, et par conséquent on ne peut guère compter qu'elle soulagera la suture.

Certains chirurgiens ont voulu voir d'autres indications à la gastro-entérostomie : pour protéger une suture qui ne donne pas confiance (Lagoutte, Lapointe) ; parce qu'il est impossible de faire une suture soit que la perforation soit inaccessible, soit qu'elle soit introuvable. Dans ces différents cas, suivant les chirurgiens, les uns ont fait la gastro-entérostomie, les autres ne l'ont pas faite et les deux méthodes ont donné de bons résultats et des succès. Paterson cite deux cas avec deux guérisons où en présence de perforations multiples il négligea la suture et fit une gastro-entérostomie. Quant à Corner il ne fait jamais la gastro-entérostomie même lorsqu'il craint d'avoir oublié une perforation.

Nous admettons donc avec M. Guibé la conclusion suivante : quand l'ulcère est pylorique ou juxta-pylorique (antre pylorique, duodénum), la G.E. constituera une soupape de sûreté efficace ; elle évitera la mise en tension de l'estomac, préviendra la déhiscence de la suture ; en permettant

une évacuation plus rapide de l'estomac, elle évitera souvent une inondation du péritoine par le contenu de l'estomac en cas de perforation non ou insuffisamment fermée. Mais quand l'ulcère siège sur le corps de l'estomac et laisse le pylore entièrement perméable et non spasmodiquement contracturé, la bouche gastro-jéjunale fonctionnera peu ou pas et on ne pourra compter sur son action protectrice vis-à-vis soit de la suture, soit de la perforation béante.

2° Faut-il admettre que la G.E. prévient certaines complications comme la perforation d'un nouvel ulcère ou les hémorragies intra-stomacales. C'est l'avis de Moyniham et de Paterson : « Il est hors de doute, dit ce dernier, que le danger de perforation d'un deuxième ulcère, d'hémorragies est grandement diminué par la G.E. ». M. Guibé prétend qu'il serait vraiment étonnant que le fait d'avoir suturé un premier ulcère perforé créât une immunité contre ces complications ; par conséquent qu'on ait fait simplement la suture ou qu'on lui ait adjoint une gastro-entérostomie on pourra observer au cours de l'évolution une nouvelle hémorragie ou un nouvel ulcère. Reste à établir si ces complications sont plus fréquentes avec l'une ou l'autre de ces manières de faire. Après avoir éliminé une statistique d'Eliot qui comporte un nombre beaucoup plus considérable de sutures simples que de sutures avec G.E., M. Guibé examine les cas postérieurs à 1903, époque à laquelle on pratiquait plus couramment la G.E. et il trouve :

Suture simple = 2 perf., 2 hémorragies

Suture + G.E. = 3 perf., 3 hémorragies

on peut donc conclure que les chances de perforation ou d'hémorragies ne sont pas plus grandes qu'on ait fait ou non une gastro-entérostomie complémentaire.

3° Faut-il admettre avec certains auteurs que la G.E. est nécessaire car elle associe le traitement de l'ulcère à celui de la perforation ?

Il semble tout d'abord que cet argument ne doit nullement entrer en ligne de compte et être cité comme un avantage dans le traitement de l'ulcère perforé. Le chirurgien ne doit se préoccuper que de la perforation et de la péritonite qui en est la conséquence. Il doit faire le minimum nécessaire, la guérison des symptômes ulcéreux ne doit pas être envisagée dans une opération d'urgence telle que l'ulcère perforé. Néanmoins cet argument a été souvent cité par beaucoup d'auteurs, aussi le discuterons-nous. Pour prouver le bien fondé de ce raisonnement dit M. Lapointe, il faudrait qu'il soit parfaitement établi que les opérés par suture et G.E. se portent mieux dans la suite que les opérés par simple suture, et il cite en exemple les observations de M. Lagoutte qui a eu la chance de revoir de 9 à 2 mois dix de ses malades sur 19 opérés. Tous sont en bon état, les 7 qui n'ont eu qu'une simple suture de l'ulcus sont aussi satisfaits de leur fonction gastrique que les 2 autres opérés avec G.E. et M. Lagoutte conclut que l'ulcus arrivé au stade de la perforation est au terme de son évolution et

qu'il guérit spontanément après la suture. M. P. Duval pense de même : « Je crois que la thermocautérisation et la suture de l'ulcère perforé sont à l'heure actuelle un traitement suffisant de l'ulcère et de l'estomac ulcéreux pour qu'on n'envisage pas la G.E. comme nécessaire.

Les résultats post-opératoires obtenus par les divers chirurgiens dans les 2 méthodes semblent donner des résultats équivalents. Avec la simple suture, French sur 18 cas a 15 bons résultats, Paterson sur 33 cas 16 bons résultats, Ellsvoot Eliot sur 9 cas 7 bons, Corner sur 40 cas observés en trouve un tiers en bonne santé.

A côté de ces chiffres, Moynihan sur 6 cas accuse 6 rechutes ayant nécessité une gastro-entérostomie secondaire.

Les résultats obtenus par l'adjonction à la suture de la G.E. sont généralement bons, on peut s'en rendre compte par cette statistique. (Guibé).

Paterson 2 cas, état excellent après 2 ans et 15 ans.

R. Short 2 cas, guérison définitive.

Wagner 1 cas, en excellent état au bout de 2 ans.

Moynihan 1 cas, une guérison définitive.

Lecène 3 cas, bons résultats dont 2 au bout 4 ans.

Morley 1 mort au bout d'un mois (abcès sous-phrénique), 3 en bonne santé, 2 en meilleure santé qu'avant l'opération mais conservant quelques troubles gastriques.

En lisant ces deux séries de résultats, il est difficile d'admettre une conclusion. Pour avoir une

réelle valeur il faudrait que ces statistiques indiquent le siège de l'ulcère considéré, est-il dans la région duodéno-pylorique ou sur le corps de l'estomac ?

Ceci nous semble capital ; si l'ulcère est extra-pylorique, d'après les recherches de Faulhaber dans 80 cas sur 100, il n'y aura pas de spasme du pylore, donc pas de rétention et d'hyperchlordrie et dans ce cas le plus souvent la gastro-entérostomie sera absolument inutile. Il y a cependant une indication de la G.E. dans ce dernier cas, c'est lorsque le chirurgien connaît à l'avance l'état fonctionnel antérieur de l'estomac qu'il opère ; si l'estomac perforé présentait avant la perforation de la sténose pylorique, la gastro-entérostomie sera indiquée, car en même temps qu'elle guérira l'ulcère, elle assurera la cicatrisation de la suture en prévenant sa déhiscence. Cependant M. Pierre Duval fait remarquer que la plupart du temps les malades à estomacs perforés sont des inconnus pour le chirurgien auprès duquel ils sont amenés d'urgence, et qui souvent n'ont aucun antécédent gastrique.

Si l'ulcère est pylorique ou juxta-pylorique la G.E. sera indiquée, elle suppléera à la contracture pylorique, elle évitera la mise en tension de l'estomac luttant contre l'obstacle pylorique, elle préviendra la dilatation de l'organe, elle vidangera l'estomac en rétention et combattra, s'il en existe, l'hyperacidité en y amenant les liquides alcalins du duodénum.

Nous sommes donc amenés à dire qu'en général

la G.E. sera utile pour guérir l'estomac ulcéreux dans les mêmes cas où elle est utile pour assurer la cicatrisation de la suture.

Il sera nécessaire, qu'une fois rétablis, tous les opérés qui n'ont pas subi de G.E., parce que cette opération n'était pas indiquée ou parce qu'elle a été empêchée, soient soumis à un examen gastrique complet, et si les examens chimiques et la radiologie en montrent la nécessité, il faudra pratiquer une gastro-entérostomie secondaire.

4° Les partisans de la G.E. préconisent cette dernière opération car les statistiques obtenues avec elle sont plus brillantes que celles obtenues avec la simple suture :

En effet, il est facile de s'en rendre compte par le tableau suivant :

	Nombre de cas	Mortalité	Nombre de G. E.	Guérisons	Mortalité
Société de chirurgie 1920	24	29 %	7	5	29 %
Brentano	22	45 %	16	11	31 %
Deaver	25	4 %	23	23	0
Wagner	15	40 %	1	1	66 %
Wetterstrand	60	45 %	10	10	28 %

Récemment Waren R. publie la statistique suivante dans le *The Surgery of gastric urgencies Pratitioner* 1920 :

72 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés.

Suture simple, mortalité 60 %

Suture avec G.E., mortalité 28 %

La statistique de Deaver obtenue avec la G.E. est très brillante, mais on peut lui opposer la statistique

de Kirk et rapportée par Mayo Robson au 1^{er} congrès interallié de chirurgie 1905, 11 cas opérés de un quart d'heure à 10 heures après la perforation, 11 guérisons sans gastro-entérostomie.

Il semble que d'après ces statistiques, il soit impossible de trancher la question, car presque tous les chirurgiens, à l'heure actuelle, ne pratiquent la gastro-entérostomie que dans les cas où ils interviennent précocement et où il n'y a pas de péritonite ; on est donc en droit de supposer que dans les mêmes conditions la simple suture de l'ulcère aurait aussi bien réussi que la suture avec gastro-entérostomie.

CHAPITRE II

Inconvénients de la gastro-entérostomie et discussion

On a fait plusieurs reproches à la gastro-entérostomie, on peut les résumer en trois principales :

A) La gastro-entérostomie est une opération inutile ;

B) Elle allonge l'opération ;

C) Elle risque de diffuser l'infection péritonéale.

A) La gastro-entérostomie est une opération inutile puisque l'on obtient aussi bien la guérison avec la simple suture.

Gibson au congrès de chirurgie 1914 prétend n'avoir pratiqué que 17 fois la G.E. sur 74 interventions pour ulcères perforés, mais il ne reconnaît en aucun cas la nécessité de cette opération.

Corner et Eliot la regardent comme absolument inutile. En admettant, dit Eliot, que la gastro-entérostomie mette la région ulcérée à l'abri des liquides gastriques, on peut atteindre le même résultat à moins de frais en évitant pendant deux ou trois semaines toute ingestion d'aliments solides et en soutenant le malade avec des lavements alimentaires. Après avoir compulsé tous les protocoles d'autopsie publiés que j'ai pu trouver, je n'ai pas trouvé un cas de mort qui puisse être attribué, en quelque manière, à l'omission de la G.E. primitive.

A côté de ces opinions, nous voyons Short qui attribue la mort de quatre de ses opérés à l'omission de la G.E., Paterson qui s'exprime ainsi : notre préoccupation capitale est de sauver la vie du malade, or l'emploi systématique de la gastro-entérostomie diminue la mortalité des interventions pour ulcères perforés.

Il semble, que dans l'observation suivante, communiquée par M. le Docteur Alamartine, chirurgien des Hôpitaux ; la mort du malade est due à l'omission de la G.E. primitive.

Ulcère pylorique perforé opéré à la 8^e heure.

ULCÈRE PYLORIQUE PERFORÉ OPÉRÉ A LA 8^e HEURE

Soldat d'infanterie serbe, 26 ans, est amené à l'hôpital avec le diagnostic de perforation appendiculaire remontant à 5 ou 6 heures. Début brusque, vomissements porracés, ventre de bois, température 37,8, pouls 130, très shocké.

Intervention le 25 septembre 1916, à la 8^e heure (11 heures du matin). Incision de Jalaguier ; liquide péritonéal très abondant, bouillon sale ; rien à l'appendice. On agrandit

l'incision jusqu'en haut. Perforation d'un ulcère calleux du pylore. Suture difficile, les tissus coupent. Epiploplastie. Tamponnement à la gaze. *Suites opératoires.* D'abord excellentes. Le matin du second jour, on commence à alimenter le malade avec du lait, vomissements très abondants avec du sang digéré, mais pas de bile. On retire les mèches au 4^e jour, mais les vomissements continuent. Lavage d'estomac, gastro-entérostomie au bouton de Murphy. Le malade est schoké et succombe le lendemain ayant continué à vomir.

A l'autopsie, ulcère calleux sténosant du pylore en partie cicatrisé ; la suture a été partiellement la cause de la sténose pylorique. La perforation est restée oblitérée. Pas de péritonite diffuse. L'estomac est plein de liquide avec du sang digéré il se vide par la gastro, mais il reste un bas fond considérable, la néostomie ayant été faite trop haute.

2° On a reproché à la gastro-entérostomie d'allonger l'opération et cette perte de temps est préjudiciable au malade qui est dans un état grave. En effet, la guérison tient pour beaucoup à la rapidité de l'acte opératoire et cela est d'autant plus vrai que l'état du malade est plus précaire et l'évolution des lésions plus avancée. Eliot prétend, en effet, que la suture avec gastro-entérostomie demande un minimum de 65 à 75 minutes au lieu de 20 à 40 minutes dans le cas de simple suture. Nous nous rangeons de cet avis, la gastro-entérostomie à la suture demande une perte de temps qui dans certains cas compromettra le sort du malade. Mais dans les ulcères perforés on ne doit pratiquer que la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, c'est celle qui demande le minimum de temps ; on doit aussi avoir recours au bouton de Jaboulay qui présente sur les autres boutons l'avantage et la rapidité de la pose.

Cette opération demande pour tout chirurgien habile 5 à 10 minutes au maximum. Sont-ce ces quelques minutes qui pourront influencer sur le sort ultérieur du malade ? Nous nous rangeons de l'avis de Paterson : « Si le malade est incapable de supporter une prolongation de l'opération de 5 à 7 minutes, c'est que le malade n'a vraiment aucune chance de guérir. Eliot fait cependant remarquer que telle opération, qui demande 5 à 7 minutes entre les mains d'un virtuose en demande beaucoup plus, lorsqu'elle est pratiquée par des mains inhabiles et il ajoute, que les interventions pour ulcères perforés sont des interventions de pratique journalière et qu'elles incombent souvent à toutes sortes de chirurgiens.

Il faut donc reconnaître que la G.E. peut allonger l'opération quand elle est pratiquée par des mains inexpérimentées ; elle peut encore allonger l'intervention lorsque le chirurgien se trouve en présence de conditions anatomiques particulières ; par exemple, il peut exister de la périgastrite avec adhérences postérieures, l'opérateur doit donc détruire ces adhérences avec soin et avec la crainte de blesser les organes situés derrière l'arrière-cavité des épiploons.

On peut donc admettre, sauf ces cas particuliers, que la gastro-entérostomie complémentaire n'allongera pas sensiblement l'intervention, et qu'en conséquence elle pourra être pratiquée chaque fois qu'elle sera jugée nécessaire.

3° Dernière objection, la gastro-entérostomie risque de diffuser l'infection péritonéale.

Au congrès de chirurgie 1910, Lardennois s'exprime ainsi : La perforation, une fois trouvée, pas de complications inutiles, pas de G.E., le malade est en état de schock, les doigts du chirurgien et ses instruments sont souillés, il faut vite entrer dans l'abdomen et en sortir encore plus vite.

En admettant que les précautions prises par le chirurgien, changement de gants, changement d'instruments soient illusoires ; M. Guibé fait remarquer que la région sous-mésocolique sur laquelle on opère est habituellement peu infectée, le danger d'infecter l'arrière-cavité des épiploons s'en trouve diminué d'autant. Puis la suture du cône stomacal à la brèche mésocolique barre la route de l'infection ; en fait, on n'a pour ainsi dire jamais observé cette complication, ce qui suffit à justifier l'opération.

Après avoir discuté ces objections nous pouvons dire que presque tous les chirurgiens sont d'avis qu'il faut rejeter la G.E. primitive dans les cas où le malade présente une résistance insuffisante et où il existe une péritonite diffuse étendue ou généralisée.

On peut dire qu'en général plus l'intervention est précoce, plus les chances de succès sont grandes, plus le malade est résistant et plus son péritoine est en état de se défendre.

Comme le dit M. Lapointe : « Si Deaver qui pousse la fantaisie jusqu'à faire dans la même

séance l'oblitération de l'ulcus, la G.E., la cholécystectomie et l'appendicectomie, si Deaver a guéri 96 % de ses opérés, cela montre clairement l'extrême bénignité des opérations précoces ».

Récemment, M. Pierre Duvál rapporte à la Société de chirurgie une observation de M. Gauthier de Luxeuil. Elle concerne un vieil ulcère calleux siégeant sur la petite courbure près du pylore et perforé depuis 6 heures. M. Gauthier a fait une gastro-pylorectomie, suivie de G.E., et une jéjuno-jéjunostomie. Malgré la longueur de l'intervention, malgré la présence de liquide dans le ventre, le malade est guéri et est resté guéri depuis 11 ans.

Il est cependant des cas où malgré l'intervention précoce le malade succombe, c'est que la perforation de l'ulcère a déversé dans le péritoine des germes virulents très septiques. M. le Professeur Patel a vu deux cas, opérés l'un tardivement, l'autre précocement ; le premier est guéri et le second est mort ; il attribue ce résultat à la qualité du liquide répandu dans le péritoine ; dans le premier cas il s'agissait d'un alcoolique invétéré dont le contenu stomacal, grâce à sa teneur en alcool, était moins septique que dans le second cas.

Le chirurgien ne peut juger à l'avance du degré de virulence du liquide péritonéal. Récemment M. Kottzareff, de Genève, préconisait pour arriver à ce but une ponction exploratrice de la région épigastrique avant l'opération et examen de ce liquide. Si le liquide est stérile, faire la G.E., s'il est septique,

faire la simple suture. M. Duval a fait justement remarquer que cette méthode était tout à fait insuffisante et imprécise puisqu'il est impossible de savoir immédiatement si le liquide est stérile ou non.

Malgré ces cas, on peut dire qu'en général parmi les conditions de succès, celle qui prime toutes les autres, c'est la précocité de l'intervention. M. Pierre Duval va jusqu'à prétendre qu'un malade opéré tôt guérira aussi bien avec ou sans G.E.

Au 24^e congrès de chirurgie, le Professeur Hartmann a montré que les bienfaits de l'intervention précoce sont établis par toutes les statistiques :

STATISTIQUE DE TERRIER HARTMANN

53 opérations dans les 12 premières heures, 16 morts, 30 % de mortalité.

38 opérations de 12 à 24 heures, 22 morts, 58 % de mortalité.

29 opérations de 24 à 48 heures, 22 morts, 76 % de mortalité.

STATISTIQUE DE PETREN

43 opérations dans les 12 premières heures, 22 morts, 51 % de mortalité.

26 opérations de 12 à 24 heures, 14 morts, 53,8 % de mortalité.

13 opérations de 24 à 48 heures, 12 morts, 96,9 % de mortalité.

STATISTIQUE DE ROBSON ET MOYNIHAM

Avant 12 heures, 28,5 % de morts.

Entre 12 et 24 heures, 63,6 % de morts.

Entre 24 et 36 heures, 87,5 % de morts.

Après 36 heures 100 % de morts.

M. Lecène cite sa propre statistique :

En 2 ans il a opéré 5 cas d'ulcère duodénal ou gastrique, et tous ces malades opérés précocement de 6 à 20 heures après le début des accidents, ont été guéris de leur péritonite.

M. Duval insiste longuement sur l'importance du diagnostic précoce : Pourquoi les statistiques d'ulcères perforés sont-elles aussi brillantes en Amérique et en Angleterre ? C'est que dans ces pays les médecins font le diagnostic d'ulcère perforé avec une réelle précocité, amenant leurs malades au chirurgien dans les premières heures qui suivent la perforation et leur permettant ainsi de sauver leurs opérés.

CHAPITRE III

Indications opératoires et contre-indications.

D'après la discussion des avantages et des inconvénients de la gastro-entérostomie, nous sommes amenés à dire qu'il n'y a qu'une indication de la G.E. dans les ulcères perforés, c'est la sténose anatomique ou fonctionnelle du pylore, puisque c'est le seul cas où la bouche gastro-jéjunale pourra fonctionner et avoir son efficacité. La plupart des chirurgiens sont d'accord sur ce point, mais ils sont loin de s'entendre quand il s'agit de déterminer les cas où la sténose existe.

Pour les ulcères du corps de l'estomac et de la région cardiaque, on peut admettre, le plus souvent, comme nous l'avons vu au chapitre I, l'absence de sténose, donc pas de G.E., à moins que le chirurgien sache à l'avance qu'une G.E. était nécessaire à son malade avant sa perforation.

Quant aux ulcères de la région duodéno-pylorique, nous nous contenterons de reproduire la communication de M. Alamartine à ce sujet : « On peut dire d'une façon un peu schématique qu'il existe deux catégories d'ulcères perforés. Les uns fréquents, surtout au niveau du pylore, sont les ulcères calleux, la perforation est assez large, la paroi duodéno-pylorique largement infiltrée tout autour. Les sutures tiennent mal, il faut faire plusieurs plans successifs, et on a en définitive l'impression d'avoir fortement rétréci le pylore ou le duodénum lorsqu'on est arrivé à une occlusion suffisante. Du reste, dans d'autres cas l'occlusion est souvent peu facile et on peut craindre pour sa solidité et son étanchéité. Dans ces cas, la G.E. semble d'autant plus indiquée et par la sténose opératoire et par les mauvaises conditions de la suture.

Le second type d'ulcères perforés se rencontre surtout au niveau du duodénum. La perforation semble constituer à elle seule toute la lésion, elle est petite, les parois duodénales sont saines tout autour. La suture se fait facilement et dans d'excellentes conditions, sans rétrécissement opératoire. Ces cas sont cliniquement bien connus ; avant la perforation il n'existait pas d'ordinaire de troubles stomacaux, la perforation marque la fin de l'évolution de l'ulcère ; après l'opération la guérison est parfaite et définitive avec une simple suture. Dans ces cas, la G.E. complémentaire semble inutile ; d'autant plus que lorsqu'elle a été faite dans ces conditions, les

examens radioscopiques ultérieurs montrent qu'elles ne fonctionnent pas.

Malheureusement en pratique, il semble difficile d'apprécier le degré de sténose et de dire comment se fera l'évacuation gastrique, à côté d'ulcères qui guérissent avec une simple suture et qui ont des suites immédiates éloignées parfaites, il y en a de nombreux où dans les mêmes conditions on regrette de ne pas avoir fait de gastro-entérostomie ».

Nous nous rangeons de l'avis de M. Alamartine, d'autant plus que nos observations montrent que chaque fois qu'il s'agit de lésions duodéno-pyloriques il faut pratiquer systématiquement la gastro-entérostomie. Les suites opératoires semblent montrer qu'il est préférable de faire une gastro-entérostomie inutile que de négliger de la faire lorsqu'elle est utile.

Il n'y a qu'une contre-indication formelle à la gastro-entérostomie primitive, c'est l'état de l'opéré qui se mesure à l'étendue des lésions péritonéales et à la diminution de résistance vitale du malade. Comme le fait remarquer M. Guibé, c'est au sens clinique du chirurgien à savoir mettre en balance l'état de l'opéré et les exigences de la situation; ainsi, si la suture de l'ulcère doit provoquer l'imperméabilité absolue du pylore ou du duodénum, il faudra que la gravité de l'état général soit grande pour qu'on rejette la G.E. Il convient aussi dans ce cas, de tenir grand compte de l'habileté du chirurgien et de son entraînement en chirurgie gastro-intestinale.

Comme nous l'avons déjà dit la gastro-entérostom-

mie secondaire sera pratiquée, lorsque pour une raison quelconque la G.E. primitive n'aura pas été faite alors qu'elle était indiquée. Il sera aussi nécessaire que tous les estomacs perforés qui n'auront été traités que par simple suture soient soumis à des examens gastriques et radioscopiques, afin de juger de l'opportunité de la gastro-entérostomie secondaire.

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION I

Communiquée par M. le Professeur agrégé PATEL

ULCÈRE PYLORIQUE DATANT DE 25 ANS, PERFORATION LE 7 JANVIER, A 8 HEURES DU SOIR. — OPÉRATION A 11 HEURES DU MATIN (15^e HEURE).

Homme 58 ans, vient à l'hôpital pour douleurs gastriques.

A. H. 1 frère et une sœur vivants, atteints d'affection gastrique.

A. P. aucune affection antérieure.

Marié à 31 ans, femme bien portante, un enfant mort-né, une fausse couche ; en 1914, le malade a commencé à ressentir des douleurs gastriques (tiraillement, barre) survenant principalement après le repas de midi, en même temps quelques régurgitations ou vomissements aqueux calmant les douleurs. L'ingestion d'aliments apaise les crises douloureuses. Les douleurs ont disparu presque complètement au mois de novembre 1919 où il est venu à la salle St-Irénée ; séjour de 24 jours, vomissements sanglants, douleurs atroces, épigas-

triques, constipation ; on le soumet au régime lait, soupe de vermicelle et il peut reprendre sa vie normale jusqu'au début de l'année 1920. A cette époque, il a des vomissements couleur marc de café survenant 3 ou 4 heures après les repas et calmant de violentes douleurs épigastriques.

A l'entrée, amaigrissement, teint jaune terreux, soif vive, douleurs épigastriques survenant le plus souvent 2 à 3 heures après le repas de midi. Vomissements le plus souvent aqueux, parfois noirâtres. Constipation. Aucun dégoût pour viandes et graisses. Point douloureux à la pression épigastrique au niveau duquel on a l'impression d'une tumeur mobile transversalement.

Le 7 janvier, à 20 heures, douleur subite intense, siégeant au niveau de l'hypochondre droit avec irradiations au flanc et un peu dans le dos. Pas de vomissements. Le poulx est plein. Contracture de toute la paroi droite de l'abdomen. Le 8 janvier à 9 heures, la douleur s'est un peu apaisée mais reprend par instants. Un peu de hoquet. Contracture partielle de l'abdomen, le côté gauche reste souple. Pas de météorisme. Le poulx devient rapide à 125. Respiration à 50, courte ; le facies n'est pas péritonéal. Le 8 janvier le malade est vu avec une contracture de la paroi abdominale qui ne laisse aucun doute, étant donné l'histoire antérieure, sur l'existence d'une perforation. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide bouillon sale sans odeur spéciale comme dans les perforations gastriques. Assèchement à la compresse et à l'aspirateur ; on découvre aussitôt sur la face antérieure du pylore une perforation à l'emporte pièce vaste comme la moitié d'une pièce de 10 sous ; elle siége plutôt sur le versant pylorique. Suture de cette perforation à la soie, les tissus sont très friables, il existe tout autour des adhérences anciennes et du tissu cicatriciel qui témoigne de l'ancienneté de la lésion. La suture est recouverte par un plan épiploïque. Gastro-entérostomie de décharge au bouton. Suture de la paroi aux fils métalliques.

Mort 5 jours après.

Les suites opératoires avaient paru favorables ; le facies fut toujours bon, la respiration jamais gênée, le ventre toujours plat, la température jamais à 38°, l'évacuation des gaz assu-

rée spontanément au 3^e jour. Tandis que cependant le pouls ne fut jamais au-dessous de 100, le malade ne cessa d'avoir des soubresauts très fréquents et on nota à tout instant une hyperesthésie de la paroi abdominale. L'absorption de liquide avait été réduite au minimum, 100 gr. le quatrième jour. Le 12 au soir, à 7 heures, peut-être à la suite d'un brusque mouvement, le malade a senti que son ventre se rouvrait, à 20 heures il a déjà des sueurs froides, le pouls se précipite, décès le 13 à 6 heures 30. A l'autopsie, il y a du pus à droite et jusque dans le petit bassin, la suture stomacale est manifestement éraillée.

OBSERVATION II

Communiquée par M. le Professeur PÂTEL

Homme 46 ans, entre pour un syndrome douloureux abdominal ; 3 heures avant l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 3 septembre à 4 heures de l'après-midi, débute une douleur brusque primitivement localisée au creux épigastrique, s'irradie dans les lombes. Le facies est un peu angoissé, la respiration gênée, pouls à 80, température à 36,9. Le malade raconte avoir eu presque journellement depuis 5 semaines des crises douloureuses gastriques suivant les repas et terminées par des vomissements. A l'examen rétraction marquée de l'abdomen, surtout dans la région sus-ombilicale, avec contraction forte de la paroi. Respiration à type costal ; la palpation revêt plus de résistance dans la région sus-ombilicale. La douleur a son maximum dans la fosse iliaque droite. Sonorité conservée. Pas de matité dans les flancs. Pas de facies grippé. En raison des antécédents gastriques et des signes de la veille, on peut, d'autre part, soupçonner une lésion stomacale, le diagnostic oscille entre estomac et appendice.

Le 10 sept. Laparotomie sus-ombilicale médiane, on aperçoit quelques fausses membranes siégeant dans la région pylorique immédiatement après ouverture du péritoine ; en écartant la paroi du côté droit, on les voit plus nombreuses. Section du muscle grand droit pour découvrir la région, on voit sur la face antérieure de la région pylorique une perfo-

ration des dimensions d'un pois à l'emporte-pièce, le tissu périphérique est induré, décollement du pylore et de la première portion du duodénum, incision du péritoine, suture de la perforation en 2 plans à points séparés, le tout est recouvert par le petit épiploon. Gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires : Dès le 2^e jour, la contracture abdominale a cédé, hier le malade a eu du hoquet dans l'après-midi, mais il n'a pas vomi. Pouls a 100-110. Respiration calme à 24,28. Au 8^e jour, l'état abdominal n'a pas cessé d'être bon. La plaie opératoire vient de laisser suinter un liquide abondant. Un mois après, la cicatrisation se poursuit et il n'y a pas d'éventration. Le malade qui a un très bon appétit a considérablement engraisé.

OBSERVATION III

Société des sciences médicales de Lyon, 1914

PERFORATION D'UN ULCÈRE DUODÉNAL. — OPÉRATION PRÉCOCE

M. PATEL a opéré un homme de 32 ans d'une perforation du duodénum, 5 heures après les premiers symptômes. Il put suturer la perforation sans aucune difficulté, grâce au décollement du duodénum, qui put être extériorisé. L'opération fut terminée par une gastro-entérostomie postérieure au bouton et par la fermeture complète de la paroi. Guérison.

OBSERVATION IV

Revue de chirurgie, mars 1914. Société de Médecine de Lyon

MM. BÉRARD et VERRIER rapportent un succès obtenu chez un homme atteint depuis 2 jours de symptômes d'une péritonite aiguë par perforation. Par une incision abdominale médiane et sus-ombilicale, on mit à découvert un ulcère perforé du duodénum situé à quelques centimètres du pylore. La perforation fut enfouie et on pratiqua une gastro-entérostomie complémentaire.

OBSERVATION V

Revue de chirurgie 1914

Société des sciences médicales de Lyon, 1914

PERFORATION D'UN ULCÈRE DUODÉNAL

MM. TAVERNIER et FAYOL ont opéré un malade qui depuis un jour accusait des douleurs abdominales avec contracture de la paroi à droite. Le péritoine était inondé de bile qui sortait par une perforation siégeant sur la première portion du duodénum. Cette perforation fut oblitérée au moyen du grand épiploon et l'on termina par une gastro-entérostomie postérieure au bouton. Guérison.

OBSERVATION VI

Communiquée par M. le Professeur TAVERNIER

Homme 31 ans, vient de l'infirmerie-porte opéré par M. TAVERNIER. Légers troubles gastriques antérieurs, mais paraît pourtant robuste et bien portant.

Le 10 juin au matin après avoir mangé deux sardines en travaillant, douleur abdominale brusque qui le fait tomber, depuis souffre du ventre, a vomi, ventre rétracté, de bois partout, sans point douloureux particulier. Température 37,8. Pouls 90. Incision de Roux. Liquide abondant louche et huileux sans aucune odeur, appendice un peu enflammé, deux ou trois tractus fibrineux sur son péritoine, appendicectomie. L'aspiration trouve beaucoup de liquide non seulement dans le petit bassin mais en haut, ce qui pousse, après suture avec drainage du Douglas, à laparotomie sus-ombilicale. Perforation comme une lentille d'ulcus pylorique, gros comme une noisette, deux sutures totales, trois séro-séreuses plissant largement le pylore sur axe vertical.

Gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay. 14 juin, le malade a eu des vents. 17 juin, éventration consécutive à un phlegmon gangréneux gazeux de la cicatrice épigastrique. Les anses sont réintégrées. Bandage au leucoplaste. 8 juillet,

le malade est en bonne voie de guérison, mais la cicatrisation est encore incomplète. Le 29 juillet, le malade est en excellent état, la cicatrisation est à peu près complète. Au point de vue fonctionnel, le malade mange avec appétit, ne suit à peu près aucune restriction de régime et ne souffre pas du tout. Pas de constipation. Le malade dit avoir engraisé.

OBSERVATION VII

Communiquée par M. le Professeur TAVERNIER
Garde. Juillet 1919

Homme autour de 50 ans, pas d'antécédents, peut-être de légers troubles dyspeptiques douteux (gardien de prison). 24 heures avant, pendant le repas du soir, douleur brusque violente qui arrête le repas, le malade vomit presque aussitôt après, depuis il n'a pas cessé de souffrir beaucoup du ventre et de vomir. Etat très grave, température 39, pouls au-dessus de 120 incomptable tant il est irrégulier et petit. Ballonnement général de l'abdomen immobilisé et partout un peu douloureux, pas de maximum dans la fosse iliaque droite, s'il y en a un il est ombilical, ce qui avec la rapidité des accidents me fait éliminer l'appendicite et dire péritonite haute (peut-être pancréatite).

Laparotomie haute médiane à cheval sur ombilic. Péritonite purulente à odeur aigrelette et gaz. Perforation difficile à trouver dans région duodéno pylorique (impossible de préciser quel versant), enfouissement très difficile malgré grande laparotomie à cause de la profondeur du pylore. Assèchement à l'aspirateur Villard. Gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay. Suture en laissant quelques drains divergents. Mort dans la nuit.

OBSERVATION VIII

Lyon Médical, 1920. MM. les Professeurs COTTE et SAVY

Il s'agit d'un homme de 30 ans sans antécédents gastriques qui avait été réformé en 1918 pour bacillose pulmonaire ?

Après un long séjour dans le midi, il semblait complètement guéri, il avait repris son travail et se plaignait seulement de temps en temps de violentes douleurs à la base du thorax, qui avaient été considérées comme des névralgies intercostales. Le 25 février, à 8 heures du soir, il ressentit une violente douleur accompagnée d'un état syncopal et d'un malaise général considérable.

Amené le lendemain à midi à l'Hôtel-Dieu, il présenta des signes de péritonite évidente. Tout l'abdomen est contracté et douloureux ; il semble cependant qu'à droite la résistance soit plus marquée. L'absence de troubles gastriques antérieurs donne plutôt l'impression qu'il s'agit d'une appendicite : intervention à 14 heures (M. Cotte) sous rachi-anesthésie. Incision de Mac Burney. L'appendice est sain ; mais l'abdomen est rempli d'une sérosité louche légèrement visqueuse qui vient de l'étage supérieur de l'abdomen. Après appendicectomie, on fait une laparotomie sus-ombilicale. La perforation siège au niveau du pylore à 2 centimètres environ de l'orifice pylorique. Les bords sont un peu indurés ; suture à 3 plans avec épiploplastie. Gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay.

Les suites opératoires sont simples, le bouton est éliminé au 13^e jour. La plaie étant cicatrisée, le malade est envoyé dans le service de M. Savy. La convalescence est marquée par l'incidence de deux petits infarctus pulmonaires l'un au 15^e jour, l'autre au 21^e jour. Le malade a été revu récemment. Il est complètement guéri. Les déjections sont régulières. A l'écran on voit que la bouche de gastro fonctionne encore intégralement. Il semble que rien ne passe par le pylore.

OBSERVATION IX

Communiquée par M. le D^r DELORE, chirurgien des hôpitaux

ULCÈRE PERFORÉ DU DUODÉNUM

Homme 40 ans, souffrait depuis 10 ans de troubles digestifs, vomissements périodiques, amaigrissement. Dans la nuit du 23 au 24 septembre, il est pris d'une douleur (poignard) dans le creux épigastrique avec quelques nausées, le malade se refroidit ; il est admis d'urgence à l'Hôtel-Dieu.

Examen : aspect grave, abdomen de bois sonore, à la percussion, douloureux sur toute sa superficie. Pouls bon ; aspect du malade : pâle, respiration calme. Bon moment pour être opéré.

Intervention. — Laparotomie sus-ombilicale, on branche une incision transversale droite, on aperçoit une perforation du duodénum dans sa première portion, punctiforme et siégeant près de l'angle supérieur. Elle est entourée d'une grosse induration qui adhère profondément. Dans le péritoine à ce niveau quelques liquides bilieux sans matières alimentaires, quelques gaz. On peut enfouir avec le péritoine voisin non sans peine à cause de la profondeur, un premier point perforant ferme l'orifice (genre Balfour). Drain petit à ce niveau ; on ramène un peu d'épiploon.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton. Suture de la paroi. Le malade est guéri.

OBSERVATION X

Communiquée par M. le D^r ALAMARTINE
Chirurgien des Hôpitaux

ULCÈRE DUODÉNO PYLORIQUE PERFORÉ

Homme 42 ans. Depuis 15 ans a souffert à plusieurs reprises de l'estomac et a dû pour cela voir plusieurs médecins. L'affection s'est manifestée par des périodes de plusieurs mois pendant lesquels le malade, tout en ayant conservé l'appétit, souffrait après ses repas. De temps en temps quelques vomissements alimentaires, jamais d'hématémèses, ni de mœlena reconnus. Le malade se mettant au régime diminuait son alimentation, prenait des alcalins et tout rentrait dans l'ordre.

Depuis 5 ou 6 mois, le malade allait bien lorsque brusquement le 29 janvier à 10 heures du matin, douleur extrêmement vive en coup de poignard au creux épigastrique, état syncopal, vomissements verdâtres avec un dépôt marc de café au fond du vase. Vu aussitôt par un médecin il est envoyé à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic : appendicite, pour y être opéré d'urgence. Etat à l'entrée : le malade est vu à 9 heures

du soir, 11 heures après le début des accidents. Malade assez amaigri, teint un peu terreux, il est sous l'influence d'une piqûre de morphine et souffre un peu moins. Abdomen rétracté en bateau, le maximum de la douleur est nettement au creux épigastrique ; la pression au niveau de la région iléo-cœcale est peu douloureuse. Le diaphragme est immobilisé. Toucher rectal négatif. Température 38,4. Pouls 120. Respiration 42. Vomissements incessants, liquide bilieux avec un dépôt abondant de sang digéré. Les antécédents du malade, son aspect, les résultats de l'examen font rejeter le diagnostic d'appendicite aiguë perforante et poser celui de perforation d'ulcère duodénal ou gastrique.

Intervention. — 29 juin, 9 heures du soir, 11 heures après le début des accidents. Injection de 0.50 de caféine, rachianesthésie à la novocaïne 0.10 c : strychnine 0.002 mg. Laparotomie de part et d'autre de l'ombilic sur le bord du grand droit à droite. Issue d'une grande quantité de liquide jaune verdâtre. L'appendice est sain ; en soulevant le foie et en réclinant à gauche l'estomac, on aperçoit une perforation duodéno-pylorique qui a les dimensions d'un gros pois. Par cette perforation jaillit continuellement et en grande quantité le liquide qui a inondé le péritoine. Tout autour quelques fausses membranes, les anses grêles sont un peu rouges, non dilatées. La région duodéno-pylorique est fixée profondément et se mobilise mal, cependant en mettant un coussin sous les reins du malade on a sur la perforation un accès suffisant. On essaye en vain avec l'aspirateur d'obtenir l'assèchement de la région. Le liquide sort continuellement et à flots, il sort de la bile et du liquide gastrique couleur marc de café ; on décide donc d'aveugler la perforation ; on thermocautérise les bords de l'orifice, puis suture en masse au catgut ; la paroi très épaisse, écartonnée se laisse facilement suturer et avec un seul plan on arrive à supprimer tout écoulement. Par dessus on fait un plan sérieux en attirant l'estomac, on a la sensation d'avoir notablement rétréci le duodénum. Le grand épiploon est amené au contact de la zone opératoire et fixée à ce niveau par quelques points. Avec le grand épiploon fixé au péritoine pariétal on arrive à exclure toute la région sous-hépatique. Dans cette zone, on place un gros drain entouré

d'un peu de gaze. Le drain et la gaze sont séparés de la zone opératoire par l'épiploon. Se reportant vers la partie inférieure, on assèche le péritoine à l'aspirateur Villard, puis un gros drain est placé dans le Douglas et sort par l'extrémité inférieure de l'incision. Suture au catgut du péritoine pariétal. Suture musculo-cutanée au fil de bronze. Le ventre étant fermé on introduit dans le gros drain une petite sonde de Nélaton et on fait passer 150³ d'éther qui ressort d'abord troublé par le pus, puis clair. On n'a pas fait de gastro parce qu'il ne semblait pas y avoir de sténose duodéno-pylorique et que vers la fin de l'opération, l'état du malade était devenu trop précaire.

Position de Fowler, sérum sous cutané, sérum intrarectal. Les suites opératoires sont d'abord excellentes puis au bout de 24 heures lorsqu'on essaye de donner quelques liquides au malade, il a des vomissements bilieux, d'abord peu abondants. Le matin du 2^e jour, il vomit à pleine bouche des liquides bilieux mélangés de marc à café, le pouls monte à 135, le facies est resté bon, le ventre est souple, le diaphragme joue, il ne s'agit pas de vomissements péritonéaux, mais bien de dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac.

On met le malade en position déclive très accentuée et on fait 2 grands lavages gastriques. Les vomissements vont en s'atténuant et le 5^e jour tout est rentré dans l'ordre. Le drain et la mèche sous-hépatique sont alors retirés et il ne se produit aucun écoulement à ce niveau. Par le drain placé dans le Douglas, écoulement assez abondant de liquide jaune sale. Ce drain n'est retiré que le 8^e jour, lorsque le malade est complètement apyrétique. Vers le 10^e jour suppuration assez abondante de la paroi qui provoque une désunion partielle des sutures ; puis la cicatrisation se produit régulièrement. Le malade quitte l'hôpital guéri vers le 15 août. Le fonctionnement gastrique est normal. Le malade ne souffre plus, mange avec appétit, digère bien. Une radioscopie montre que le transit duodéno-pylorique se fait à peu près normalement. L'opéré est revu fin octobre 1920, il est en bonne santé.

OBSERVATION XI

Communiquée par M. le D^r ALAMARTINE
Chirurgien des Hôpitaux

ULCÈRE DUODÉNO PYLORIQUE PERFORÉ OPÉRÉ A LA 26^e HEURE GUÉRISON

Homme 45 ans, long passé gastrique remontant à plus de 15 ans. Le malade a souffert de l'estomac par périodes de quelques semaines ou quelques mois séparés par de longues rémissions. Depuis un an l'état s'est beaucoup aggravé et ont apparu tous les signes d'une sténose pylorique progressive. M. CADE qui a vu le malade et l'a examiné a fait le diagnostic de sténose pylorique par ulcère et a conseillé une intervention. Le malade se préparait à venir à l'Hôtel-Dieu, lorsque brusquement le 18 septembre à 9 h. du soir, il est pris d'une douleur abdominale en coup de poignard avec vomissements et état syncopal. Son médecin fait le diagnostic de perforation gastrique et l'envoie d'urgence à Lyon ; mais comme il est d'assez loin, il n'arrive qu'au bout de 24 heures le 19 à 19 h.

A l'entrée : Le diagnostic de perforation d'un ulcère gastrique ne peut pas faire de doute, ventre de bois, douleur maximum au creux épigastrique, vomissements bilieux incessants, *shock*. Température 37,2. Pouls 110. Respiration 30. Malade très maigre avec teint jaune paille.

Intervention. — (MM. ALAMARTINE et DUNET), le 19 à 23 h. soit 26 heures après la perforation. Caféine 0,50.

Rachi-anesthésie. Novocaïne 12 c³, Strychnine 0,002 m.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Issue d'un flot de liquide jaune vert à aspect bilio-gastrique ; anses grêles un peu rouges, mais peu dilatées, quelques fausses membranes. En soulevant le foie on constate que toute la région duodéno-pylorique est le siège d'un processus inflammatoire ancien avec adhérences qui rendent la découverte de la perforation assez difficile. Il faut écarter le grand droit à droite en faisant une encoche latérale et placer un coussin sur le dos. Le conduit duodéno-pylorique fixé très fortement dans la profondeur

se mobilise mal. Perforation large comme une pièce de 0,50, un peu à droite du pylore. Toute la paroi duodéno-pylorique est cartonnée. Issue de liquide duodéno-gastrique, l'aspirateur n'arrive pas à dessécher, on ferme en un plan la perforation.

L'intestin est très friable, et il faut faire des points très larges qui déterminent une véritable plicature duodénale. Sur ce premier plan un second plan séro-séreux en attirant l'estomac, puis on ramène sur le tout l'épiploon qui est fixé par quelques points ; on termine comme dans le cas précédent en faisant l'exclusion sous hépatique avec l'épiploon et en laissant un gros drain dans la région exclue. Ceci fait, gastro-entérostomie transmésocolique postérieure au bouton, puis on ferme complètement la partie inférieure de l'incision en laissant un gros drain dans le Douglas par lequel on fait un lavage à l'éther, comme dans le cas précédent. Suites opératoires : Aucun vomissement ; le soir du second jour on commence à donner des liquides, puis on alimente très rapidement le malade, tous les aliments passent à merveille. Les deux drains sont enlevés au 5^e jour, le drain sous hépatique n'a donné lieu à aucun écoulement mais le drain du Douglas a donné issue à un suintement abondant de liquide jaune sale. Petite suppuration de la paroi autour des fils.

Au 15^e jour, le malade opératoirement guéri est passé dans le service de M. CADE qui a bien voulu nous remettre la note suivante : l'estomac descend jusqu'à la ligne bis-iliaque, la région pylorique ne se développe pas. Le bismuth file dans l'intestin par la bouche anastomotique.

OBSERVATION XII

Communiquée par M. le D^r ALAMARTINE
Chirurgien des Hôpitaux

PÉRITONITE DIFFUSE DE NATURE INDÉTERMINÉE REMONTANT A QUATRE JOURS. — DRAINAGE PÉRITONÉAL IN EXTREMIS. — MORT.

Homme 36 ans, sans passé gastrique est amené à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic de péritonite, probablement d'origine

appendiculaire. L'affection remonte à 5 jours et a débuté brusquement. Malade in extremis. Température 39,5, pouls incomptable, facies péritonéal-type ; on se contente de mettre un drain sous-pubien, liquide fétide. Le malade meurt au bout de 2 heures.

L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un ulcère perforé de la 1^{re} portion du duodénum.

OBSERVATION XIII

Communiquée par M. le D^r ALAMARTINE

ULCÈRE DUODÉNAL PERFORÉ EN PLEINE PÉRITONITE AU 3^e JOUR.—
SUTURE DE LA PERFORATION. — MORT DE PÉRITONITE DIFFUSE.

Homme 25 ans, sans passé gastrique, amené à l'Hôtel-Dieu, mai 1919, avec le diagnostic de péritonite probablement d'origine appendiculaire.

L'affection a débuté brusquement il y a 3 jours par une douleur abdominale extrêmement vive et des vomissements incessants. A l'entrée, malade en pleine péritonite, température 39,5, pouls 140, météorisme diffus, diarrhée fétide.

Incision de Jalaguier ; appendice sain, anses grêles dilatées, fausses membranes, liquide sale et fétide. On trouve une perforation duodéno-pylorique, large comme une pièce de 50 centimes, on arrive à la suturer à deux plans. Assèchement du péritoine. Drainage. Le malade succombe 3 heures après l'intervention.

OBSERVATION XIV

Communiquée par M. le Professeur agrégé MURARD

ULCÈRE PERFORÉ JUXTA-PYLORIQUE

Homme 66 ans, aucune maladie, rien à signaler dans ses antécédents. Soigné depuis plusieurs années par M. Devic. C'est depuis 7 ans qu'il souffrait de l'estomac, 2 à 3 heures après les repas. Ces temps derniers aucun malaise particulier. Le 11 juin, à 8 heures du soir, un quart d'heure après avoir mangé sa soupe, violentes douleurs dans l'abdomen, sans siège

précis, plutôt sur le côté gauche de l'ombilic. Pas de vomissements. Persistance de la douleur qui se diffuse davantage. Ce matin il arrive, envoyé à l'hôpital par le médecin qui vient de le voir. Abdomen météorisé. Epigastre soulevé, mais surtout météorisme des anses grêles avec rétraction de la paroi. La pression est douloureuse surtout au niveau du creux épigastrique. Pas de signes d'ascite par la percussion des flancs. Bon état général. Pouls excellent bien tendu, régulier à 80. Langue saburrale, le malade a eu un vomissement depuis l'arrivée. Température 38,5. Intervention d'urgence : 3 heures après midi le 12 juin. Anesthésie à l'éther. Laparotomie sus-ombilicale médiane. On atteint rapidement la perforation qui est située près de la ligne médiane, vers la région pylorique et sur la face antérieure et qui s'est partiellement oblitérée en s'appliquant contre la paroi. On l'aveugle avec les doigts armés d'un tampon, on extériorise autant que possible la région pylorique. Il y a là une perforation de la grandeur d'une petite noisette, un peu ovale, à bord épais, au milieu d'une zone indurée. Impossible de limiter la perforation par rapport au sphincter, cependant elle semble être gastrique à cause du reflux abondant qui s'écoule dès qu'on cesse de l'aveugler. Suture à la soie de la perforation, puis enfouissement sur un deuxième plan péritonéal à la soie.

Enfin, pour assurer l'occlusion, on attire l'épiploon et on le fixe sur cette surface par quelques points au catgut.

Assèchement du péritoine par aspiration. Il y a une quantité de liquide épanché surtout dans la zone hépato-gastrique. Le liquide est aussi répandu au milieu des anses grêles ou on l'aspire. On en évacue ainsi une centaine de grammes.

Gastro-entérostomie postérieure au bouton, 100 grammes environ d'éther dans le péritoine. Fermeture soignée de la paroi sans aucun drainage.

Suites. — Le lendemain pouls à 108. Température 38,7. Excellent état général, ventre souple, le malade doit guérir. Mais au 2^e jour pneumonie du côté gauche sur tout le tiers inférieur du poumon. Le malade meurt dans l'après-midi du 15 juin.

Autopsie. — Abdomen. Le péritoine est complètement sec, pas une goutte de liquide, la suture a très bien tenu. A l'ou-

verture du tube digestif, il s'agissait d'un gros ulcère calleux de la région pylorique siégeant sur la face antérieure du pylore, l'ulcération était perforée en son centre :

Gastro parfaite. Poumon gauche, pneumonie de la moitié inférieure.

OBSERVATION XV

Communiquée par M. le Professeur agrégé MURARD

PERFORATION AIGUE D'UN ULCÈRE DE L'ESTOMAC.
LAPAROTOMIE. DRAINAGE APRÈS OCCLUSION DE L'ORIFICE. — MORT

Homme 39 ans, 327^e infanterie, arrive avec accidents aigus. Météorisme épigastrique. Souffrait depuis 4 mois de gastralgie. Accident brusque hier au soir à 21 heures $\frac{1}{2}$. Douleur en coup de poignard, sans irradiations. Deux vomissements. A l'examen, malade froid, sans pouls, mourant. On le met dans un lit, on le réchauffe.

Intervention à 14 heures. Sans anesthésie, laparotomie médiane sous-ombilicale. Beaucoup de liquide. On cherche de suite l'estomac qui est rétracté en haut. Dans l'inondation de liquide, on reconnaît assez vite une grosse perforation de la face antérieure du corps, près de la petite courbure, grosse comme une pièce de 50 centimes. Trois catguts pour la fermer ; mais oblitération incomplète. Impossible d'attirer l'épiploon ratatiné et fixé. On place alors des mèches et un gros drain, après avoir asséché autant que possible le péritoine et versé un peu d'éther. Suture en un plan au fil de bronze. Cathétérisme de l'estomac à la sonde après l'opération. Mort le même jour à 22 heures.

Autopsie. — Ulcère calleux gros comme une paume de main.

OBSERVATION XVI

Communiquée par M. le Professeur agrégé MURARD

PERFORATION AIGUE D'UN ULCÈRE PYLORIQUE. — INTERVENTION.
TAMPONNEMENT. — GUÉRISON

Homme 26 ans, arrive pour des douleurs abdominales survenues brusquement, il y a quelques heures. Bonne santé habi-

tuelle, aucune maladie. Ethylisme léger ; mobilisé dans les coloniaux a fait toute la guerre, une blessure, une atteinte par les gaz. La blessure était une plaie superficielle de la tête. Père mort de rhumatisme à un âge très avancé, mère bien portante, 3 frères, une sœur morte d'anémie à 21 ans.

Auparavant lui-même n'avait jamais rien ressenti à l'estomac, quelques crampes douloureuses, dit-il, mais qui n'avaient jamais attiré son attention :

Début brusque par douleur subite aiguë, cet après-midi à 5 heures. Un vomissement. Le malade est vu à 11 heures du soir. Couché sur le côté en chien de fusil, ventre de bois, douleur diffuse généralisée, aucun point douloureux d'élection, aucun renseignement sur le lieu du début. Matité dans les flancs. Sonorité hépatique. Diagnostic : perforation haute, estomac ou duodénum probablement.

Intervention. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie à cheval sur l'ombilic prolongée ensuite en haut. Ouverture du ventre, plein de liquide puriforme, sans odeur. On éponge et on se porte d'emblée vers la région pylorique où on aperçoit une perforation à l'emporte pièce grande comme un pois et d'où sort du liquide abondant. L'abdomen est plein de liquide, on l'aspire et on l'éponge soigneusement avec des compresses, l'épiploon en est rempli, on fait sa toilette aussi soigneusement que possible après avoir fermé la perforation par un tamponnement. Essai d'oblitération par du catgut, mais tissu très friable ; essai de fermeture par l'épiploon mais pas moyen de mettre un fil, tout coupe.

D'autre part, sur le duodénum, il semble qu'il y ait deux zones en voie de perforation, on décide donc de laisser un tamponnement. Aucun antiseptique, aucun lavage. Gastro-entérostomie postérieure au bouton, malheureusement le bouton qui n'est pas neuf, ni huilé, déchire l'estomac au moment de la torsion, on enlève donc le bouton et on fait une suture au catgut. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze sauf au tiers supérieur pour laisser sortir une seule compresse du tamponnement.

Suites. — Ablation du tamponnement progressivement. Ablation des fils ; aucun incident. Le 11 février : plaie réduite, un petit bourgeon. Le malade se lève, mange sans troubles.

Radioscopie. — M. JAPIOT, le 16 février donne les renseignements suivants : Estomac grand, se contracte très énergiquement. Il existe des contractions nettes de l'antré pylorique et le duodénum est rempli de bismuth. On distingue à peine l'anastomose, on aperçoit seulement par instants une traînée à droite au point déclive. L'évacuation gastrique n'est pas hâtive. Pas d'incontinence de la bouche.

Sort le 19 février guéri et cicatrisé.

OBSERVATION XVII

Communiquée par MM. les Professeurs LERICHE et SAVY

X... 50 ans, souffre de l'estomac depuis un an. A maigri de 10 kilogs. Douleurs tardives typiques. Ondes péristaltiques visibles. Clapotage à jeun. Pas de vomissements. On fait le diagnostic de sténose pylorique d'origine ulcéreuse.

Le malade est pris d'une violente douleur dans l'abdomen. M. LERICHE voit le malade le 15 février 1920, à 23 h. $\frac{1}{2}$. Il est pâle, le facies angoissé, la douleur est très vive dans la région pyloro-duodénale. Le malade se tient courbé en deux dans son lit. Il n'y a ni nausées, ni vomissements, le pouls est bon. Le diagnostic de perforation paraît évident. A minuit $\frac{1}{2}$, deux heures $\frac{1}{2}$ après le début des accidents, laparotomie médiane sous anesthésie à l'éther : liquide clair dans le ventre ; l'antré pylorique cartonnée et épaissie est attirée au dehors, il porte au centre d'une masse calleuse de sa paroi antérieure une perforation lenticulaire. Après débridement transversal de la paroi pour avoir plus de jour, thermocautérisation de la perforation comme dans le procédé de Balfour, puis sutures directes : comme les fils coupent, on plie le pylore en deux le long de son axe médian, l'ulcère est ainsi enfoui. L'épiploon est mis comme un bouchon au niveau de la perforation.

Ceci fait, la suture à 2 plans étant faite, le pylore étant plicaturé, on fait une gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay. Suture en un plan de la paroi. Durée, 1/2 heure à 3/4 d'heure. Sérum rectal, suites parfaites, sans incidents. Guérison. Alimentation surveillée, reprise avec ménagement. Le malade rentre chez lui le 10^e jour.

M. Savy a vu le malade environ deux mois après son opération. Très soulagé, il se plaignait cependant de quelques malaises, ondes péristaltiques très nettes.

Revu à la radioscopie, l'orifice de la gastro n'a pas fonctionné au cours des dix premières minutes qui ont suivi l'ingestion bismuthée. Toutefois revu 6 heures après, l'estomac était évacué en partie, mais il restait encore une certaine quantité de bismuth.

Avec le repos et le régime, amélioration, pas d'ondes péristaltiques aux examens suivants. Pas de nouvel examen radioscopique.

Le 28 septembre. Examen par les Docteurs Savy et Leriche.

Teint anémique. Il y a certainement un suintement sanguin continu. Douleur précise au niveau de la région pylorique. On engage le malade à se faire réopérer rapidement dans la crainte d'un nouvel ulcère ou d'un ulcère de la bouche.

Le 13 novembre. Opération : 2 heures avant, le malade très anémié prend une syncope en allant aux W.C., il n'a cependant pas fait de sang. On prépare ce qu'il faut pour une transfusion, puis le malade paraissant au bout de quelques instants tout à fait bien, assez bon poulx, on ne la fait pas et on l'opère.

Laparotomie à 4 heures du soir, Docteurs Leriche et Santy.

Anesthésie à l'éther. L'épiploon est en voile sous la paroi épigastrique. On le décolle, on le coupe en travers, et on découvre l'estomac qui est blanc-blafard et présente dans l'antré un énorme ulcère calleux postérieur.

L'anastomose est toujours en place. A grand' peine on arrive à attirer à l'extérieur la partie moyenne de l'estomac et à glisser deux clamps qui permettent de couper l'estomac par le milieu afin de faire une exclusion, c'est tout ce qu'on peut essayer de faire tant l'estomac est fixé.

Ceci fait, on ferme le bout pylorique, on enlève le clamp pour cela et on voit alors par la face endo-gastrique qu'il y a sur la face postérieure un énorme ulcère calleux dont la cavité admettrait un œuf de poule. Tout l'estomac est symphysé à la région pancréatique. Sutures assez difficiles mais exactes à trois plans au catgut. On s'occupe ensuite du bout cardiaque qui est suturé à trois plans. Avant de le fermer on regarde par

la cavité gastrique l'état de l'anastomose ; son orifice est réduit aux dimensions d'un bec de pince hémostatique. On en refait donc un autre à la suture en utilisant l'accolement déjà existant comme plan séro-séreux postérieur.

Fermeture à deux plans de la paroi. Pas de schock, durée 1 h. $\frac{1}{2}$. Réveil rapide. bon pouls, sérum rectal. Température le lendemain matin 39, puis descend à 36,1 le soir. Etat satisfaisant. Le lendemain même température, bon pouls, gaz spontanément, ventre souple. Alimentation liquide bien tolérée. Le surlendemain matin, réascension thermique à 38,7. Gaz. Alimentation liquide bien tolérée.

Le 4^e jour, ascension thermique à 39, selle au lavement, ventre souple, aucun point douloureux. Léger délire.

Le 5^e jour, syncope, foyer broncho-pneumonie aux deux bases. Etat abdominal parfait. Mort dans la nuit du 5^e jour.

OBSERVATION XVIII

Congrès de chirurgie 1911. Professeur LERICHE

Homme 48 ans, est atteint depuis quelques mois de troubles digestifs variables mais très nets. Le 2 août à 10 heures du matin, il est pris d'une violente douleur épigastrique, fait quelques efforts de vomissements puis se couche en proie à de vives souffrances. Son ventre se ballonne. A 10 heures du soir quand je le vois, c'est le tableau net de la péritonite par perforation de l'estomac et je l'opère immédiatement. Le ventre est plein de liquide verdâtre et marc de café. Le prépylore porte une large ulcération au centre d'une grande plaque indurée qui en rend la suture et l'excision impossible, sans une gastrectomie étendue. Je fais une gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay. Mort 36 heures après l'intervention.

CONCLUSIONS

I. — La gastro-entérostomie complémentaire immédiate dans le traitement des ulcères perforés est indiquée quand la perforation siège dans la région pylorique ou juxta-pylorique (antre pylorique, duodénum).

II. — Elle n'est d'aucune utilité quand la perforation siège sur le corps de l'estomac ou dans les région cardiaque.

III. — Elle est contre-indiquée quand l'état du malade et l'étendue de ses lésions péritonéales ne la permettent pas.

IV. — La seule gastro-entérostomie indiquée dans ce cas est la gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique au bouton de Jaboulay.

V. — Le succès de l'intervention sera d'autant plus assuré qu'elle sera plus précoce.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

TIXIER.

Vu :

Pour le Doyen, *l'Assesseur*,

Jean LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 décembre 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

Albert WADDINGTON.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAMARTINE. — Communication à la *Société de Chirurgie de Lyon*. Décembre 1920.
- ARNAUD et DUNET. — Perforation d'un ulcère latent de l'estomac. *Société des sciences médicales de Lyon*. 9 juillet 1919.
- AUFFRAY. — Contribution à l'étude de la péritonite suraiguë dans l'ulcère perforé de l'estomac. Thèse Paris 1898.
- BALL. — De la perforation de l'estomac au cours des ulcères. Th. Paris 1903, 1904.
- BÉRARD et VERRIER. — Perforation d'ulcère duodénal. *Société nationale de médecine de Lyon*, 19 janvier 1914.
- BICHAT. — Ulcère perforé du duodénum. *Revue médicale de l'Est*, 1910. p. 641.
- BOCHIGRÉVINCK. — *Acta chirurg. scand.* 1919, livre 61.
- BOUSSEAU. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la perforation aiguë du duodénum. Th. Paris 1912-1913.
- BRAUN. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1897.
- BRUN. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la péritonite aiguë consécutive à l'ulcère perforé. Thèse Lyon 1901, 1902.
- CAIRD. — *Société médico chirurgicale d'Edimbourg* 1911.
- CHAPT. J. — Contribution à l'étude de la perforation de l'ulcère de l'estomac et de son traitement chirurgical. Thèse Paris 1894, 1895.

- COTTE. — Ulcère perforé du pylore. *Lyon Médical* 1920.
- DARRAS. — De la perforation dans l'ulcère du duodénum. Thèse Paris 1897.
- DEAVER. — *Annales of surgery*. nov. 1919, p. 526, 529.
- DELAGENIÈRE. — Congrès de Chirurgie, 1910.
- DELAGENIÈRE et LANGEVIN. — *Archives médicales de province*, Janvier 1911.
- P. DELBET. — Ulcère perforé du duodénum. *Société de Chirurgie de Paris*, 15 juin 1920, N° 21.
- DUJARIER. — Ulcère perforé du duodénum. *Société de Chirurgie de Paris*, 4 mai 1920, N° 15.
- P. DUVAL. — De l'opportunité de la gastro-entérostomie complémentaire immédiate dans les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. Discussion MM. Souligoux, Robineau, Proust, Lapointe, Baudet, Hartmann, Lecène, Duval. *Société de chirurgie de Paris*, 12 mai 1920. N° 17.
- P. DUVAL. — Rapport au sujet de huit cas d'ulcères perforés de l'estomac par M. Kottzareff. *Société de chirurgie de Paris*, 26 octobre 1920, N° 27.
- P. DUVAL. — Rapport. Gastropyloréctomie pour perforation d'ulcère gastrique remontant à 6 heures par M. Gauthier. *Société de chirurgie de Paris*, 26 octobre 1920. N° 27.
- VON EISELBERG. — *Deutsche médical Wochenschrift*, 1906.
- FERRAN. — *Gazette des Hôpitaux*, 1911.
- GANGITANO. — *Clinica chirurgica*, 1909.
- GIBSON. — IV^e Congrès de la Société internationale de chirurgie, New-York, 1914.
- GRÉGOIRE. — Rapport au sujet de 5 cas de perforation d'ulcères pyloriques et duodéno-pyloriques, par M. Oudart. Discussion : MM. Proust, Lecène, Souligoux, Grégoire. *Société de chirurgie de Paris*, 16 nov. 1920. N° 30.
- F. et G. GROSS. — Perforation de l'estomac par ulcère. *Revue de chirurgie*, Mai 1904.
- GUIBÉ. — Opportunité de la G. E. immédiate dans le traitement des perforations des ulcères gastriques et duodénaux. *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1920.
- GUINARD. — Ulcères perforés de l'estomac. Congrès français de chirurgie, 1898.
- HARTMANN. — 24^e Congrès de chirurgie, 1911.

HARTWELL et ELIOT. — *Société de chirurgie de New-York*,
14 octobre 1908.

HOHLBAUM. — *Journal de chirurgie*, N° 5, 1920.

HUGUIER. — Indications actuelles de la G. E., dans le traitement des ulcères de l'estomac et de ses complications.
Paris chirurgical, 1920, N° 1.

JAKOWSKI. — *Journal de chirurgie*, 1914.

KÖRTE und BRENTANO. — *Arch. für Klinisch, Chirurg.*, Bd 81.

KRAÜSE. — *Berliner Klin Wochenschrift*, 1903.

KROGIUS. — XII. Versmml. der. nord. chirg. Verein Kristiana,
juillet 1919.

KROÏSS. — Zur frage der G. E. bei der operation des perforierten ulcus ventriculi und duodeni. *Berträge zur Klinischen Chirurgie*, p. 509, 1910, Band 67.

LAGOUTTE. — *Lyon chirurgical*, mars 1912.

LAPOINTE. — Rapport au sujet d'observations de M. Lagoutte.
Société de chirurgie de Paris, 19 octobre 1920. N° 26.

LARDENNOIS. — Congrès de chirurgie, 1910.

LEBLANC. — Gastrorragie et perforation de l'ulcère de l'estomac. Thèse de Paris, 1896-1897.

LECÈNE. — *Société de chirurgie*, 1^{er} mars 1911. Rapport au sujet de 2 cas d'ulcères perforés du duodénum, par M. J.

L. Roux-Berger. *Société de chirurgie*, 27 avril 1920. N° 14.

LERICHE. — 24^e congrès de chirurgie, Paris 1911.

MARION. — De l'intervention dans le cours et les suites de l'ulcère de l'estomac. Thèse Paris, 1896-1897.

MAYO ROBSON. — 1^{er} congrès interallié de chirurgie. Bruxelles, 1905.

MAYO ROBSON. — *Britisch médical journal*, 1906.

MATHIEU. — *Pathologie gastro-intestinale*, 1911.

P. MATHIEU. — A propos du rapport de M. Duval sur la perforation des ulcères pyloro-duodénaux. *Société de chirurgie*, 8 juin 1920. N° 20.

MORRIS MILLES, GIBBON, LE CONTE. — *Académie de chirurgie Philadelphie*, 1909.

MOYNIHAM. — *The Lancet*, janvier 1910.

MOYNIHAM. — *The Lancet*, janvier 1912.

WOETZEL. — Ueber die operation der perforierten Magengeschwüre Zugleich ein Beitrag zur chirurgischen behandlung

- des Magengeschwürs. *Beiträge zur Klinischen Chirurgie* Band, 51, 1906.
- PATEL. — Perforation d'un ulcère duodénal. *Sciences médicales de Lyon*, 4 février 1914.
- PATERSON. — Chirurgie de l'estomac.
- PATERSON. — *The Lancet*, 1906.
- POTIERAT. — Rapport sur deux observations, réflexions par M. Chaton. *Société de chirurgie de Paris*, 8 juin 1920, N° 20.
- PROUST. — Ulcère perforé du duodénum. *Société de chirurgie*, 3 février 1920. N° 4.
- RENAUDIN. — Perforation brusque du duodénum. Thèse Paris, 1907-1908.
- RICARD et PAUCHET. — Congrès de chirurgie, 1910.
- RINGEL. — Trois cas de perforation d'ulcères de l'estomac perforé. *Aerztlicher verein in Hamburg*, 15 décembre 1903.
- ROBSON. — *Britisch medical journal*, 1905, 1906, 1907.
- SCHWARTZ. — Péritonites consécutives à l'ulcère du duodénum. *Société de chirurgie de Paris*, 1898. *Revue de chirurgie*, 1898.
- STEINTHAL. — Ueber das ulcus ventriculi perforatum und seine operative behandlung. *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*. Band 65, 1909.
- TAVERNIER et FAYOL. — Perforation d'un ulcère duodénal. *Société des sciences médicales de Lyon*, 1914.
- TERRIER et HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac.
- TUFFIER. — *Société de chirurgie de Paris*, 1897.
- VILLARD et PINATELLE. — De la perforation des ulcères de la petite courbure. *Revue de chirurgie*, 1904.
- WAREN K. — *The Surgery of gastric urgencies Practitioner*, 1920.

